Rok XXXIV. Kraków 3. Sierpnia 1895 r. Nr. 31.

Redakcya:
[illegible] ulicy Szczepańskiej [illegible]
Telefon Nr. [illegible]

Administracya:
[illegible]

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
[illegible]

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia
p. Krzyżanowskiego w Krakowie,
[illegible]
w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu
[illegible]

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi [illegible]	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ [illegible]	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

Jakkolwiek już w połowie XVIII. wieku Berryat (*Hist. de l'acad. roy. des sciences 1749*) dokładnie opisał dobrowolne zwichnięcie soczewki, jednakże w późniejszej kazuistyce figurują często, jako dobrowolne, przypadki napewno urażnego pochodzenia. Właściwie dopiero Sichel (*Ueber die Dislocation und Niedersenkung der Crystallinse. Oppenheims Zeitsch. 1846*) pierwszy nauczył odróżniać zwichnięcia urażne od dobrowolnych, powstałych wskutek zmian zaszłych w oku bez udziału urazu. Ważną była dalej praca Sippella (*Die spontane Luxation d. Linse und ihre angeborene Ectopie. Marburg 1859*), który odróżniał znów nieprawidłowe, wrodzone położenie soczewki od dobrowolnego jej zboczenia pod nazwą *ectopia lentis congenita* i jako powód do tego podał, że dobrowolne zboczenie stanowi sprawę ciągle dalej postępującą, która prowadzi w końcu do zupełnego opadnięcia soczewki, przy wrodzonem zaś zboczeniu położenia soczewka zwykła pozostawać na zawsze w miejscu początkowo nieprawidłowem, wskutek wady rozwojowej.

Wszakże w późniejszej kazuistyce zasady przez Sichela i Sippella podane znowu nie zawsze były przestrzegane. Raab w swej gruntownej pracy: *Ueber spontane Dislocation der Linse* i t. d. (*Archiv f. Ophthalm.* XXI. 1) odróżnia następujące kategorye dobrowolnych zwichnięć: 1) przeważna liczba dobrowolnych zwichnięć przeźroczystych soczewek powstaje jako wada rozwojowa, *ectopia lentis congenita*; w tych przypadkach soczewka pozostaje na zawsze na początkowo nieprawidłowem swem miejscu, lub też (rzadziej znacznie) z czasem następuje zupełne zwichnięcie. 2) Do drugiej kategoryi należą rzadsze już znacznie zwichnięcia dobrowolne, powstałe przy sprawach zapalnych naczyniówki, jako to właściwej *chorioiditis, sclerotico-chorioiditis posterior* (krótkowzroczność w wysokim stopniu). W przypadkach tych znajdują się następowe zmiany chorobowe w ciele szklanem i soczewce. Sprawa doprowadzić może do wymoczenia obwódki Zinna i zboczenia przeźroczystej albo już zaćmionej soczewki. Ciało szklane jest najczęściej, chociaż nie zawsze rozcieńczone. 3) Do trzeciej kategoryi zalicza przypadki, w których głównym powodem zwichnięcia są zmiany chorobowe, czyli właściwie wiekowe w samej soczewce zaszłe, mianowicie marskość soczewki przy następowem przeistoczeniu powierzchownych warstw w zaćmach przejrzałych, czemu bardziej jeszcze dopomaga, przy jednoczesnej zaćmie torebkowej, marskość wybujałych początkowo śródtorebkowych komórek, wskutek czego w torebce powstawać mogą zmarszczki. W tych okolicznościach łatwo nastąpić może częściowe lub też zupełne oderwanie obwódki Zinna. 4) Do ostatniej kategoryi należą zwichnięcia, powstałe następowo przy wolem oku, garbiakach, marskości tylnych i przednich przyczepin, przy nowotworach śródgałkowych, marskości ciała szklanego i t. d. Raab kończy ten podział słuszną uwagą, że w wielu razach trudno jest wytknąć dokładną granicę między dobrowolnem a urażnem pochodzeniem zwichnięcia a to z powodu, że w niektórych przypadkach nieznaczne obrażenia mogły początkowo wywołać częściowe tylko oderwanie obwódki Zinna, które na razie mogło nie mieć żadnego wpływu na położenie i przeźroczystość soczewki, następnie już sama sprężystość soczewki prowadzi do zgrubienia jej w kierunku osi, które przy wstrząśnieniach, którym oko stale i zawsze ulega, doprowadzić może do tego, że początkowo małe oderwanie może się ciągle powiększać aż do zupełnego zwichnięcia.

Badań anatomicznych zwichnięcia soczewki mamy dotąd bardzo mało. Pierwsze dokładniejsze badanie zawdzięczamy Hirschbergowi (*klinische Beobachtungen aus der Au-*

genheilanstalt. Wien 1874). W oku oddawna oślepłem powstało podrażnienie po użyciu sanny w niepogodę. Po rozszerzeniu źrenicy atropiną spostrzegł autor soczewkę białawo-żółtą, wklinowaną w źrenicy. Po wyłuszczeniu gałki przekonał się, że źrenicę zaciągała błona, zrosła z tylną powierzchnią soczewki. Obwodowa warstwa soczewki była skostniała, tylna powierzchnia nierówna, w torebce powstały liczne fałdy; zresztą była ona prawidłową. Substancya samej soczewki była włóknista, zawierała krople rdzennika i kryształy żółciotłuszczu. Wysięk w obrębie źrenicy składał się z młodej tkanki łącznej, zawierającej komórki barwikowe i naczynia krwionośne.

Następnie Raab (l. c.) zbadał najpierw anatomicznie soczewkę przeźroczystą, która wpadła do przedniej komory oka, wywołała zjawiska jaksry i następnie była wydobytą. W przypadku tym już poprzednio było zboczenie soczewki. Otóż wydobyta soczewka była mniejszą, kształt miała raczej walcowaty, jednakże była zupełnie rozwinięta. Obwódki Zinna wcale nie było. Torebka była cienka i krucha, w przedniej połowie znalazł prawidłowe komórki przybłonkowe, pomiędzy torebką a prawidłowemi zresztą włóknami soczewki substancyę skrzepłą.

W drugim przypadku, o niewiadomym przebiegu choroby, gałka była wyłuszczona i dokładnie zbadana. Była ona znacznie powiększona; długość cięcia strzałkowego 31 mm., czołowa średnica równikowa 26 mm., kształt gałki jajowaty z wierzchołkiem ku przodowi skierowanym. Rozszerzeniu uległa przeważnie przednia część gałki. Wypukłość rogówki stanowiła bezpośrednio ciąg dalszy wypukłości białkówki; obie błony były bardzo cienkie. Na tylnej powierzchni rogówki guzowatości; ze środkiem jej w obszarze 1·5—2 mm. jest zrosła soczewka wielkości tylko $^1/_4$ prawidłowej a jednak na 4 mm. gruba. Z tęczówką ani też z ciałem szklanem soczewka nie była zrosła; komora przednia bardzo obszerna. Szerokość najbardziej rozszerzonego pasa od brzegu rzęskowego tęczówki do rąbka siatkówki 11·5 mm. Wyrostki rzęskowe znacznie zmniejszone i odsunięte od siebie. W miejscu odpowiedniem rąbkowi zębatemu siatkówki ciałko szklane jest zrosłe z siatkówką i naczyniówką i składa się z uwarstwionych, mocnych błon. Grubość siatkówki prawidłowa; przybłonek barwikowy przechowany tylko miejscami w okolicy rąbka siatkówki; naczyniówka luźnie połączona z białkówką.

Rogówka unaczyniona, zwłaszcza w częściach obwodowych; blaszki jej luźniej ze sobą połączone. Błona Descemeta, miejscami rozerwana, tworzyła fałdy, lub skracała się wężownicowato; w miejscach, gdzie jej brakowało, znajdowała się tkanka z długiemi komórkami, przypominająca bliznową. W śródbłonku błony Descemeta komórki były bądź przeistoczone w długie wyciągnięte, bądź też zastępowały je t. zw. brodawki (*Warzen*). Torebka soczewki z błoną Descemeta w miejscu zrostu tworzyła jakby jedną całość; komórek śródbłonka w miejscu tem nie było. Torebka była tu grubszą i następnie, tworząc liczne fałdy, pokrywała całą soczewkę. Co do treści jej, czyli istoty soczewki, w przedniej części znajdowały się długie, wrzecionowate komórki (prawdopodobnie potomkowie przybłonka), które dochodziły nadto do tylnej torebki. Pomiędzy komórkami znajdowały się resztki włókien soczewkowych i kulek rdzennika. Taką była budowa części przedniej soczewki, która stanowiła na cięciu jakby dodatek z przodu w postaci nieprawidłowego czworoboku do właściwej soczewki, która składała się z zawierających jądra i półśrodkowo ułożonych włókien soczewkowych. Resztek obwódki Zinna na soczewce nie było. Rzęskowe pasemko tęczówki posunięte do błony Descemeta; łączy go z nią już nie więzadło grzebieniaste, lecz nowopowstała tkanka z luźnie ze sobą połączonych wrzecionowatych komórek barwikowych. Splotu żylnego Lebera wcale nie było. Włókna białkówki luźniej ze sobą połączone; komórek jakoby nie było w niej wcale. Naczynia białkówki prawidłowe, przekrwione. W tęczówce brakowało śródbłonka na przedniej powierzchni; niektóre komórki tylnej warstwy barwikowej spęczniałe, wtrójnasób powiększone, z bardzo małą ilością barwika. Pod tą warstwą od ciała rzęskowego do brzegu źrenicznego udaje się błona bezpostacia. Naczyniówka i tęczówka zawierały bardzo mało naczyń. Zwieracza źrenicy pozostawały tylko bardzo słabe resztki. Wogóle, począwszy od brzegu rzęskowego tęczówki do rąbka siatkówki, wszystkie błony, ścianę gałki tworzące znajdowały się w stanie widocznego zaniku; komórki barwikowe tworzyły jednę tylko i bardzo mało barwika zawierającą warstwę. Mięsień rzęskowy przedstawiał się w postaci nielicznych włókien tkanki łącznej. W części rzęskowej siatkówki komórki walcowate dochodziły tylko do wyrostków rzęskowych; przed samym rąbkiem zaś zawierały często ziarnka barwika, traciły jądra i tworzyły długie wyrostki, które łączyły się zarówno z sąsiedniemi komórkami i tworzyły sieć. Od tej sieci początek brały długie włókna, które przechodziły następnie we wspomniane już błony w ciele szklanem. W naczyniówce ilość barwika również znacznie była zmniejszona. Siatkówka straciła swe uwarstwienie i składała się z siatki włókien z jądrami; pierwocin nerwowych wcale nie było. W okolicy rąbka pręcików i czopków zupełnie nie było; spostrzegano je niekiedy tylko w okolicy równika i dokoła tarczy nerwu wzrokowego. Natomiast bardzo wyraźnie występował układ włókien promienistych. Prócz ogólnego zagłębienia tarczy znajdowało się głębsze jeszcze zagłębienie w kształcie butelki, w samym pniu nerwu wzrokowego w okolicy naczyń środkowych. Tętnice siatkówki w pobliżu nerwu wzrokowego miały zwężone światło i zgrubiałą błonę dodatkową; dalej ku obwodowi były przeistoczone w pasemka tkanki łącznej, światła pozbawione. Błony, które tworzyły ciało szklane, składały się z gęstej masy cienkich włókien, pomiędzy któremi znajdowały się liczne komórki rozmaitego kształtu i wielkości. Na wierzchołkach wyrostków rzęskowych znajdowały się resztki obwódki Zinna w postaci szklistych, od przodu oderwanych włókien.

Raab przyznaje w przypadku tym sprawę powstałą wskutek dobrowolnego zwichnięcia soczewki do komory przedniej. Zapalenie naczyniówki (*chorioiditis ectatica*) uważa za sprawę następową, która różni się od tegoż cierpienia, na gruncie jaskry lub postępowej krótkowzroczności powstałego tem mianowicie, że gdy w obu ostatnich razach zanik białkówki, naczyniówki i siatkówki daje się spostrzegać przeważnie w okolicy tylnego bieguna, przy zwichnięciu soczewki przeciwnie sprawa rozpoczyna się i rozwija w części gałki, odpowiadającej ciału rzęskowemu. Występują tu też wyraźnie zjawiska czynnego udziału tkanek, przeważnie w części rzęskowej siatkówki, w tylnej części ciała rzęskowego, w przyległych częściach ciała szklanego, t. j. tam,

gdzie pociąganie naprężonej obwódki musi być największe. Znaczny zanik naczyniówki i siatkówki pochodzi od rozciągnięcia ciśnienia, którym błony te ulegają wskutek zwiększenia treści gałki. (Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z pracowni położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiell. pod kierunkiem prof. Dra Marsa.

O zmianach błony śluzowej jamy macicy w przypadkach raka części pochwowej i szyi.

Napisał

Dr. Maksymilian Cercha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Badania swoje przeprowadziłem w 21 przypadkach macic dotkniętych rakiem części pochwowej lub szyi w pracowni prof. Marsa. Materyał do nich stanowiły macice przechowane w alkoholu lub w roztworze formaliny.

W opisie należy uwzględnić zmiany, jakich doznają preparaty przechowywane dłuższy czas w środkach stwardniających, t. j. zmianę barwy, zbitości, zmianę wymiarów, które z powodu skurczenia się tkanki muszą być mniejsze. Nie ulega wątpliwości, że preparaty barwione, otrzymane z takich tkanek nie są tak piękne a obrazy nie tak przejrzyste, jak preparaty z tkanek otrzymanych świeżo z organizmu żyjącego, lub zaraz po zejściu ze zwłok. O tem miałem sposobność przekonać się robiąc dla porównania preparaty z błony śluzowej jamy macicy świeżo ze zwłok wyjętej i stwardnionej w wysyconym wodnym roztworze sublimatu a następnie traktowane alkoholem; skrawki więc tych macic barwią się piękniej i nieco silniej. Kontury komórek i jąder są wyraźniejsze a nawet przy krajaniu skrawków jest różnica, gdyż ze świeżo wyjętych ze zwłok macic i stwardnionych, łatwiej kraja się cienkie skrawki niż z tych, które dłużej były przechowane.

Jestto w każdym razie różnica, która nie ma wielkiego znaczenia; budowę zaś tkanek, różne kształty komórek, tkankę międzykomórkową, jądra w komórkach a zatem i wszelkie w nich zmiany przy odpowiedniem barwieniu występują bardzo dobrze; to też zmiany te musiały istnieć już w chwili wnoszenia preparatów do alkoholu a nie są następstwem pozostawania w nim przez czas choćby dłuższy.

Badania tych trzech macic, z których jednę wyjęto ze zwłok dziewczyny 16 do 18-letniej, drugą ze zwłok kobiety około 30-letniej, która rodziła, a trzecią ze zwłok kobiety po 40-tym roku życia a zatem z macic kobiet w różnym wieku, posłużyć mi miały do stwierdzenia, jak się zachowuje błona śluzowa jamy macicy nie dotkniętej rakiem części pochwowej.

Do badania brałem kawałki: *a*) z części pochwowej zajętej przez nowotwór, *b*) z szyi macicy na granicy nowotworu, ale z tkanki, która makroskopowo wydawała się nie zajętą i *c*) z jamy macicy z okolicy najodleglejszej od nowotworu (najczęściej z okolicy dna, z dwóch miejsc) a jeżeli błona śluzowa okazywała makroskopowo jaką zmianę, n. p. pewną wyniosłość lub utkanie miększe, to brałem kawałki i z tych miejsc, kawałki zawsze z częścią warstwy mięsnej.

Preparaty mikroskopowe krajałem najczęściej z celloidyny, niektóre jednak i z parafiny. Używałem barwienia podwójnego, przeważnie hematoksyny i eozyny, czasem kwasu pikrynowego.

W opisie preparatów mikroskopowych zwrócę głównie uwagę na błonę śluzową jamy macicy; z częścią zaś pochwowa załatwię się pokrótce, byle tylko dowieść, że nowotwór odpowiadający rakowi niewątpliwie wykazałem pod drobnowidem.

Przypadek I.

L. prot. zakł. 8. W. E., lat 43, operowana w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera.

Opis preparatu. Macica wyjęta z częściami dodatkowemi, przechowana w alkoholu. Przekrój macicy z przodu w tył. Macica nieco większa. Długość macicy 8·3 cm., długość jamy macicy 7·4 cm., grubość ściany w trzonie 2·2 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór; najwięcej zajęta warga tylna. Nowotwór przechodzi na dolną część szyi, ujścia wewnętrznego nie przekracza; odległość od ujścia do nowotworu wynosi 1·2 cm. Błona śluzowa jamy macicy gładka nie przedstawia zmian przy oglądaniu gołem okiem.

Badanie drobnowidowe skrawków nowotworu wykazuje utkanie raka. *Epithelioma portionis vaginalis.*

Badanie drobnowidowe błony śluzowej jamy macicy. Błona śluzowa grubsza, co już daje się rozpoznać gołem okiem. Na powierzchni błony śluzowej, która nie jest równa, lecz falista, brak przybłonka. Gruczoły w warstwie powierzchownej mają światło bardzo wąskie, komórki przybłonkowe są wysokie; w niektórych gruczołach światła prawie nie ma. W głębszych warstwach błony śluzowej gruczoły są powiększone, wydłużone, tu i owdzie dzielą się na dwie odnogi lub mają wypustki do wnętrza światła, które jest obszerne. Czasem gruczoł jest tak rozszerzony, że stanowi torbiel. W gruczołach rozszerzonych przybłonek jest spłaszczony, w jednej warstwie ułożony. Tkanka międzygruczołowa bardzo obfita i wyraźnie włóknista, więcej zbita w warstwie powierzchownej, wiotsza w warstwie położonej bliżej mięśni; komórek w tej tkance znajdujemy nie wiele, komórki przeważnie wrzecionowate. Około gruczołów głębiej położonych mamy też komórki okrągłe lub owalne z większą ilością pierwoszcza, podobne do komórek przybłonkowych (*epithelioide Zellen*).

W powierzchownych warstwach błony śluzowej znajdujemy naciek drobnokomórkowy; komórki te barwią się mocno (leukocyty). Granica między błoną śluzową a warstwą mięsną nie jest zbyt ostra.

Naczynia włosowate i drobne tętnice okazują następujące zmiany: Śródbłonek znacznie napęczniały, ściany naczyń grube, światło naczyń znacznie węższe, w świetle spotkać można tu i owdzie leukocyty a w nich fragmentacyę jądra. W komórkach w tkance łącznej międzygruczołowej jądra zawierają dużo chromatyny; w komórkach większych, barwiących się słabiej (fibroblasty) znajdujemy obok jądra owalnego cząstki drobne, jakby jąderka, które należy uważać za resztki ciałek białych. Mamy więc do czynienia z fagocytozą.

Podziału komórek (*mitosis*) nie zauważyłem ani komórek olbrzymich nie znalazłem mimo kilkakrotnego poszukiwania.

(Te ostatnie szczegóły śledziłem używając imersyi $^1/_{12}$ i okul. 5).

Rozpoznanie: *Endometritis interstitialis fibrosa.*

Przypadek II.

L. prot. zakł. 16. S. M., lat 35, operowana w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera.

Opis preparatu. Macica z częściami dodatkowemi przechowana w alkoholu. Przekrój z przodu w tył. Macica w ścianach grubsza. Długość macicy 10·8 cm. Długość jamy macicy 8·4 cm. Grubość ściany w trzonie 3·5 cm. Część pochwowa zajęta przez nowotwór, który przechodzi na szyję,

ujścia wewnętrznego nie przekracza a odległość od ujścia wewnętrznego do nowotworu wynosi 1·6 cm. Błona śluzowa jamy macicy wszędzie gładka, ale grubsza.

Badanie drobnowidowe skrawków nowotworu okazuje utkanie raka. *Carcinoma scirrhosum.*

Badanie drobnowidowe błony śluzowej jamy macicy. Błona śluzowa grubsza, na powierzchni brak przybłonka. Gruczołów znacznie większa ilość; gruczoły są bardzo długie, trybuszonowato pokręcone, niektóre blisko warstwy mięsnej dzielą się, na powierzchni uchodzi dużo gruczołowych przewodów; najliczniejsze gruczoły nad powierzchnią błony mięsnej a tu i owdzie wchodzą nawet w powierzchowne jej warstwy, w skutek czego granica między błoną śluzową a warstwą mięsną nie jest zbyt ostra. Przybłonek w gruczołach prawidłowy, w jednej warstwie ułożony. Tkanka międzygruczołowa dosyć skąpa, szczególniej w powierzchownych warstwach; stanowi ona przegrody oddzielające gruczoły. W tych przegrodach często naciek drobnokomórkowy, szczególniej około gruczołów i drobnych naczyń. Naczyń większa ilość o ścianach grubych, czasem naczynia w grupach po 6—10 obok siebie.

Rozpoznanie: *Endometritis glandularis productiva.*

Przypadek III.

L. prot. zakł. 20. A. K., lat 52, operowana w szpitalu św. Łazarza w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego.

Opis preparatu. Macica przechowana w spirytusie bez części dodatkowych, nieco dłuższa, ale smukła; na przedniej ścianie brak otrzewny aż do *fundus*. Przekrój macicy z przodu w tył. Długość macicy 8·5 cm. Długość jamy 7 cm. Sciany macicy w trzonie cienkie i kruche; w *fundus* ściana najcieńsza wynosi 9 mm. Nowotwór zajmuje część pochwową i szyję, przekracza ujście wewnętrzne, zajmując dolną część trzonu macicy, szczególniej po stronie lewej. Błona śluzowa w okolicy dna gładka i cienka; ztąd też wzięto kawałki do badania.

Badanie drobnowidowe preparatów otrzymanych z kawałków nowotworu wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma tubulare.*

Badanie drobnowidowe błony śluzowej z okolicy dna macicy. Błona śluzowa cienka, na powierzchni pokryta przybłonkiem wałeczkowym, nieco niższym, powierzchnia błony śluzowej falista, gruczołów prawie nie ma; tu i owdzie zaś, jeżeli są, to mają światło bardzo wązkie a przybłonki w nich spłaszczone. Przewody gruczołów na powierzchnię dążących tak zwężone, że grubsza część gruczołów jest rozszerzona i zawiera masę ziarnistą a wśród niej są leukocyty. W tkance międzygruczołowej, która wzięła górę co do ilości nad gruczołami, mamy dużo leukocytów, które tworzą miejscami naciek ograniczony. W naczyniach, które dadzą się odróżnić jeszcze dobrze (ale takich jest mało), światło prawie w zupełności zamknięte. W innych miejscach tylko z pierścieniowatego ułożenia komórek rozpoznać można, że to było kiedyś naczynie.

Rozpoznanie: *Endometritis interstitialis atrophicans.* Na preparatach nadto widzimy sposób rozszerzenia się nowotworu a mianowicie w bardzo głębokich warstwach mięśni blisko otrzewny znajdujemy ogniska rakowe w trzonie.

A zatem nowotwór rozszerza się w tym przypadku na błonie śluzowej, ale wcześniej daleko idzie naczyniami limfatycznemi tuż pod otrzewną i to tam już go widzimy, gdzie błona śluzowa ani śladu zmian nowotworowych nie okazuje.

Przypadek IV.

L. prot. zakł. 22. N. N., lat około 45, operowana prywatnie przez prof. Rydygiera. Rozpoznanie: *Carcinoma portionis vaginalis, fibromata uteri.*

Badanie preparatu. Macica przechowana w spirytusie, wyjęta z częściami dodatkowemi, przekrój z przodu w tył, znacznie grubsza w trzonie. Oprócz zmiany nowotworowej, która zajmuje tylną wargę, więcej po stronie lewej i na szyję zupełnie nie przechodzi, mamy dwa włókniaki wielkości orzecha włoskiego, jeden śródmiąższowy po stronie prawej w rogu macicy, drugi nieco większy po stronie lewej od tyłu w wysokości odejścia więzadła okrągłego. Błona śluzowa jamy macicy grubsza i niezupełnie gładka. Długość macicy 10 cm. Długość jamy macicy 7·8 cm. Grubość ściany w trzonie 2·5 cm. Kawałki do badania wzięto z okolicy trąbki lewej, z okolicy odejścia więzadła okrągłego po stronie prawej i z nowotworu.

Badanie drobnowidowe skrawków z części pochwowej wykazuje utkanie rakowe. *Epithelioma alveolare incip. portionis vaginalis.*

Badanie drobnowidowe błony śluzowej jamy macicy wraz z warstwą mięsną. Błona śluzowa znacznie grubsza, miejscami na powierzchni przybłonkiem wałeczkowym pokryta. Gruczołów bardzo znaczna liczba a ponieważ przebieg ich jest równoległy lub skośny do powierzchni błony śluzowej, przeto na przekroju przedstawiają się w formie okrągłej lub owalnej tak, że błona śluzowa stanowi tkankę oczkowatą, jakby siatkę. Gruczoły nie są powiększone a światła ich nawet węższe. W gruczołach jądra przybłonki barwią się bardzo wyraźnie, lecz odstają przybłonki od podstawy i okazują skłonność do proliferacyi tak, że niektóre gruczoły są formalnie komórkami przybłonkowemi nadziane. Gruczoły nie ograniczają się do błony śluzowej, lecz przekraczają w wielu miejscach jej granice, drążąc w głąb warstwy mięsnej i to bardzo głęboko, niszcząc ją i tworząc między jej wiązkami nowe oczka gruczołowe o tych samych własnościach. W tkance międzygruczołowej błony śluzowej utkania włóknistego, które stanowi tylko pasma koliste, oddzielające gruczoły (a i te pewnie są nieraz zniszczone) mamy naciek drobnokomórkowy i to najwybitniejszy tam, gdzie gruczoły drążą w tkankę mięsną; naciek ten jest prawdopodobnie odczynem tkaniny wobec rozszerzającego się nowotworu. Naczynia drobne w błonie śluzowej mają ściany grubsze a śródbłonek w nich rozpęczniały; wewnątrz znajdujemy leukocytozy. Naczyń jest bardzo dużo.

Rozpoznanie: *Adenoma destruens corporis uteri.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego.

Twory białe we krwi w przebiegu chorób gorączkowych a w szczególności w przebiegu duru brzusznego.

Podał

Dr. Walenty Jeż,

I. elew tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

Z powyższych kilku przypadków widzimy, że ilość ciałek białych (leukocytoza) i stosunek procentowy ich rodzajów zgodnie ze zdaniem Limbecka może być pewnym środkiem pomocniczym w dyagnostyce, gdzie inne środki rozpoznawcze zawodzą, prowadzi nas bowiem na jasne rozpoznanie, tembardziej, że niektóre choroby zakaźne pod względem leukocytozy przedstawiają typowy przebieg i tak:

Dur brzuszny, na co już Chetagurof, Rieder i inni zwrócili uwagę, przebiega przy zmniejszonej ilości ciałek białych, t. zw. leukopenii, przyczem ilość limfocytów z biegiem choroby stale wzrasta tak, że dochodzić może do 57% innych leukocytów, co zostawać może w związku z wzrastającem podupadnieniem odżywienia (Ehrlich). Zmniejszenie to

nie zostaje w związku z przebiegiem gorączki; w czasie zaś stanu bezgorączkowego leukopenia stopniowo, choć dość powoli ustępuje, aż wreszcie ilość ciałek białych dosięga prawidłowego stanu. Najmniejsza leukopenia a więc nie wiele różniąca się od cyfr prawidłowych jest w ciągu pierwszego tygodnia, później zaś coraz bardziej wzrasta tak, że ilość leukocytów dochodzić może do 2729 w jednym milimetrze sześc., u Riedera do 1800 a Limbeck mógł wykazać w jednym przypadku tylko 1000 leukocytów w milimetrze sześc. Zmniejszenie tak znaczne zwiastowało zazwyczaj pogorszenie się stanu chorobowego, krwotok kiszkowy i t. p. (Powiększenie się ilości leukocytów do 8000 u J. S., L. p. 3. i u B. S., L. p. 4. do 6000 odnieść należy do leukocytozy pokrwotocznej a jeszcze dalsze powiększenie się do 16000 u B. S., L. p. 4. pojąć trzeba jako leukocytozę przedśmiertną). W ogóle wykazać można, że powolne ustępywanie leukopenii na korzyść prawidłowej ilości leukocytów każe rokować dobrze, nagłe zaś ich zwiększenie lub na odwrót nagłe zmniejszenie, spodziewać się każe powikłania lub pogorszenia stanu chorobowego.

Co się tyczy rozmaitych postaci leukocytów, to z początku choroby w pierwszym i drugim tygodniu duru brzusznego przeważają znacznie jednojądrowe, przyczem procent neutrofilnych jest zwiększony. Z biegiem choroby ilość neutrofilnych coraz szybciej spada tak, że dochodzić może do 35% wszystkich leukocytów; spadek ten utrzymuje się nawet po ustąpieniu stanu gorączkowego a stosunki te wyrównywają się dosyć powoli.

Zwiększenie ilości limfocytów znajdujemy w końcu 3-go i w 4-tym tygodniu; największe zaś zwiększenie przypada na kilka dni przed spadkiem ciepłoty.

Przez cały przebieg choroby aż do ustąpienia stanu gorączkowego pojawiają się bardzo liczne cienie neutrofilne, będące prawdopodobnie wyrazem rozpadu tychże ciałek. Ciałka eozynochłonne wcześnie znikają a pojawiają się znów, jak słusznie Wiczkowski zauważył, jak ambasadorowie po stoczeniu bitwy, po ustąpieniu gorączki i głównych objawów chorobowych.

Z innych składników krwi ilość ciałek czerwonych ulega niewielkim tylko wahaniom; natomiast w 1-szym i 2-gim tygodniu choroby spotykamy bardzo wiele mikrocytów i ciałek czerwonych z wakuolami, w barwnych zaś preparatach znajdujemy ciałka barwiące się metachromatycznie a w okresie regeneracyi krwi, a więc po krwotoku, i w okresie bezgorączkowym znajdujemy ciałka czerwone, jądrzaste, wielkości prawidłowych ciałek czerwonych (normoblasty).

Ilość hemoglobiny z początku małym podlega zmianom, później jednak zmniejsza się o 20—30%.

Nadmienić nadto muszę, że we wszystkich przypadkach duru brzusznego w pierwszych dwóch tygodniach a często i w trzecim tygodniu w preparatach krwi świeżej widzieć można twory protoplasmatyczne rozmaitego kształtu a więc kształtu pręcików prostych, pręcików na jednym lub obu końcach kolbkowato zgrubiałych, to znów kształtu kulek okrągłych mniejszych lub większych, mniej więcej wielkości $^1/_{20}$ ciałka czerwonego, czasami po kilka razem złączonych. Twory te są bardzo ruchliwe (to drgając, to znów posuwając się naprzód), utrzymują się dosyć długo, często 24 do 48 godzin, jeżeli preperat zachowaliśmy w termostacie o temperaturze stałej 37°. Zabarwienia prawie żadnego w nich odróżnić nie możemy a światło daleko lepiej załamują niż inne składniki krwi. W preparatach barwionych nie udawało mi się ich wykazać. Jakie one znaczenie mieć mogą i zkąd pochodzą, wstrzymuję się na razie od rozstrzygnięcia, zapisując tylko tę okoliczność.

Odkładając na później dokładniejsze sprawozdanie i omówienie innych przypadków chorobowych już z tych, które powyż przytoczyłem, widzimy, że badanie krwi dać może bardzo ważne wskazówki do rozróżnienia duru brzusznego od zapalenia płuc, zapalenia opon mózgo-rdzeniowych nagminnego, zapalenia śródsierdzia i t. d. a także dla odróżnienia duru brzusznego od gruźlicy prosówkowej, duru osutkowego i zapalenia opon mózgo-rdzeniowych gruźliczego, które w rozpoznaniu sprawiają nieraz wiele trudności, co także wywołuje niepewność w rokowaniu i leczeniu.

Badając jednak krew w tych chorobach, znajdujemy po największej części w zapaleniu płuc, w zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych epidemicznem, w zapaleniu śródsierdzia zwiększenie się liczby ciałek białych we krwi a więc leukocytozę i to bardzo nawet znaczną, bo dochodzącą często do 22000 ciałek i więcej w milimetrze sześc., jak to już wskazują nasze powyż przytoczone przypadki i liczniejsze obserwacye Nikodzego, Sadlera, Riedera w zapaleniu płuc, Limbecka w zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, Peégo w zapaleniu śródsierdzia, Riedera w gruźlicy prosówkowej, Thumasa-Klejna w durze osutkowym. W zapaleniu opon mózgowych gruźliczem ilość leukocytów jest normalna lub nieznacznie tylko zwiększona.

Wystąpienie więc leukopenii i innych powyżej opisanych zmian w stosunkach ciałek białych w chorobach gorączkowych pozwala nietylko całkiem stanowczo tam, gdzie zawodzą inne środki dyagnostyczne, rozpoznać dur brzuszny, nawet i jego okresy a tem samem wykluczyć inne schorzenia, mające podobne co dur objawy chorobowe.

Zjawienie się leukopenii w durze brzusznym rozmaitym podlega tłómaczeniom i tak: Coblanck twierdzi, że krew naczyń wlosowatych mało zawiera leukocytów; Limbeck tłómaczy powstrzymywaniem się od jedzenia; Gabritschewsky wpływem prątków durowych, Buchner i Peé wpływem ich protein a względnie toksyn. Najtrafniejszem jednak wydaje się tłómaczenie Lowita, że leukopenia w ogóle występująca nie tylko w durze brzusznym, ale i w innych chorobach, jak w odrze, niedokrewności złośliwej, marskości zanikowej wątroby, bladnicy i dość często w raku gardziela tkwi w przyczynie wywołującej te choroby a tam zaś, gdzie leukopenia powstała skutkiem poprzedzającej ją leukolizy (t. j. rozpadu ciałek białych), ustrój chorobą trawiony nie ma dosyć sił, by przez obfitsze wytworzenie leukocytów mógł zrównoważyć rzeczoną leukolizę.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Co się zaś tyczy działania treści kiszek na otrzewną, które Reichel uważa za tak bardzo niebezpieczne, przy-

szedł Trzebicky[149]) na podstawie własnych doświadczeń, podobnych do tych, jakie robił Reichel, do innych wniosków. Różnica ta polega jednak na tem, że Reichel operował zwierzęta dopiero w 16—20 godzin po zakażeniu rany brzusznej kałem, Trzebicky zaś czynił to już w 6—8 godzin po zakażeniu.

W innej pracy doświadczalnej nad niedrożnością jelita zwraca Reichel [150]) uwagę na ważną rolę, jaką odgrywa w zapaleniu otrzewny ruch robaczkowy kiszek. Ruch ten jest u psów tak mocny, że pokonywa nawet znaczne przeszkody, jakie stanowiło ostre zagięcie pętli jelitowej i zeszycie jej w tem położeniu. W przebiegu zapalenia otrzewny następuje, jak wiadomo, porażenie jelita. Zniesienie zaś ruchu robaczkowego wpływa niekorzystnie na resorpcyę bakteryj, oraz substancyj szkodliwych, nagromadzonych w jamie brzusznej.

Zapatrywania Grawitza[151]) co do ważności uszkodzenia otrzewny, potwierdza Weichselbaum[152]); Baumgarten[153]) zaś uważa wyniki Pawlowskyego[154]) za rozstrzygające.

Nowack i Brautigam[155]) wstrzykiwali do jamy brzusznej królików i świnek morskich po 2, 4, 6, 8 i 10 uszek zeskrobanych, agarowych hodowli gronowca ropnego białego, pochodzącego z ciała człowieka zmarłego na ropnicę, oraz po 75—200 cm.³ gazów z jelit; żadne z tych zwierząt nie padło. Do jamy brzusznej 5-ciu królików wstrzyknęli ci autorzy po ¼, ½, 1, 1½ i 2 cm.³ świeżego roztartego i przesączonego kału króliczego a nadto wprowadzali po 100—200 cm.³ gazów z jelita. Zwierzęta zniosły ten zabieg zupełnie dobrze a zginęły dopiero po upływie 4—6 tygodni na gruźlicze zapalenie otrzewny. Okazało się, że kał, użyty do tych doświadczeń, był wzięty z osoby dotkniętej gruźlicą.

Burginsky[156]), który zamierzał także wyjaśnić różnicę pomiędzy wynikami Grawitza a Pawlowskyego, przyszedł do tego samego wniosku w tym względzie, co i Reichel [150]), a mianowicie, że wynik doświadczenia zależy głównie od jadowitości użytych hodowli. Przez wprowadzenie do jamy brzusznej pewnej, czystej hodowli gronowca ropnego złocistego, nie wywoływał zapalenia otrzewny. Gdy zwiększył jadowitość tego samego gronowca przez jednokrotne przeprowadzenie go przez organizm zwierzęcy, dany gronowiec, wstrzyknięty do jamy brzusznej w hodowli czystej, sprowadzał chroniczne zapalenie otrzewny. Przez kilkakrotne przeprowadzenie tego samego gronowca przez organizm zwierzęcy jadowitość jego wzmogła się tak, że zastrzyknięty do jamy brzusznej zwierzęcia sprowadzał śmierć jego w ciągu 3 do 4 godzin. Autor zgadza się z Pawlowskym[154]) co do tego szczegółu, iż zapalenie otrzewny, wywołane przez bakterye ropne, posiada charakter ropny tem wybitniejszy, im dłużej po zakażeniu zwierzęta pozostają przy życiu.

Muscatello[157]) wstrzykiwał do jamy brzusznej myszy hodowle *bacterii coli communis*, wyhodowane z ropnia około odbytnicy, o którego własności ropotwórczej przedtem się przekonano. Drobnoustrój ten, który wstrzyknięty podskórnie lub wprowadzony do przedniej komórki oka sprowadzał ropienie, w jamie brzusznej zapalenia nie wywoływał.

Kraft[158]) wyhodował z 8 przypadków rozlanego zapalenia otrzewny drobnoustroje ropne, oraz laseczniki, których bliżej nie określił. Po wprowadzeniu stosunkowo wielkich ilości tych laseczników do jamy brzusznej zwierząt występowała ogólna *sepsis*; można było wykazać laseczniki te we krwi i organach zwierząt padłych, ich otrzewna nie przedstawiała jednak żadnych zmian patologicznych. Mniejsze dawki tych laseczników bywały przez zwierzęta dobrze znoszone, gdy je wprowadzono do brzucha w czystej hodowli; lecz te same dawki wywoływały *sepsis*, gdy je wprowadzono razem z pożywką agarową, w tym bowiem razie nie mogły one zostać wchłonięte w czasie tak krótkim, jak to było po wstrzyknięciu do jamy brzusznej laseczników w hodowli czystej. Laseczniki te ropienia w jamie brzusznej nigdy nie wywoływały.

Po wprowadzeniu do jamy brzusznej bakteryj ropnych w wielkich ilościach, występowała tak samo ostra *sepsis* bez zmian patologicznych otrzewny; po wprowadzeniu mniejszych ilości bakteryj ropnych występowało krwotoczne zapalenie otrzewnej; jeszcze mniejsze zaś dawki tych samych bakteryj wywoływały włóknikowo ropne zapalenie tej błony. Kraft wywoływał wszystkie formy zapalenia otrzewny, nawet formę ropną, przez wprowadzanie do jamy brzusznej sterylizowanych hodowli bakteryj ropnych; wysięk ropny w tych doświadczeniach bakteryj nie zawierał. Wynik ten jest zupełnie sprzeczny z wynikami Pawlowskyego[159]). Kraft przyszedł do wniosku, że bakterye ropne, wprowadzone do jamy brzusznej zwierząt, wywołują formę ropną zapalenia otrzewny; zgadza się jednak w zupełności na to, że małe ilości tych bakteryj znosi organizm bez szkody.

Fraenkel[160]) wywoływał u myszy zapalenie otrzewny włóknikowo ropne przez wprowadzenie do ich jamy brzusznej paciorkowców ropnych, wyhodowanych z ropnego wysięku brzusznego.

A. Fraenkel[161]) wstrzykiwał do jamy brzusznej zwierząt hodowle paciorkowca ropnego oraz gronowca ropnego złocistego rozmaitego pochodzenia i różnego wieku jako zawiesinę w sterylizowanym, fizyologicznym roztworze soli kuchennej, bulionie, żelatynie oraz naturalnych wysiękach. Autor nie widział, by w wyniku doświadczeń występowały różnice, zależne od płynu, w którym wprowadzano bakterye do brzucha.

Autor wprowadzał do jamy brzusznej paciorkowce ropne 23 razy: 9 zwierząt padło, z nich 2 na rozlane ropne zapalenie otrzewny, (po wstrzyknięciu 1,5 cm³ hodowli 2-ej generacyi) a 1 na krwotoczne zapalenie otrzewny (po wstrzyknięciu 0,5 cm³ hodowli 3-ej generacyi); 14 zwierząt zniosło zabieg dobrze, nawet po wstrzyknięciu 3, 4 i 8 cm³ hodowli paciorkowca.

Na 16 zwierząt, którym autor wstrzyknął do brzucha gronowiec ropny złocisty, 9 zwierząt padło w ciągu 20 godzin do 15 dni po zabiegu. U zwierząt, padłych w 20 godzin po zabiegu, nie można było wykazać zmian patologicznych otrzewny. U zwierzęcia, padłego w 24 godzin po zabiegu, było zapalenie otrzewny surowiczo włóknikowe. U zwierząt padłych po upływie 3—5 dni rozlane zapalenie ropne, u zwierząt zaś padłych po 15 dniach, okazały się tylko miejscowe zmiany otrzewny w postaci otorbionych ropni.

Autor wstrzyknął do jamy brzusznej 4-ch królików ropę, zawierającą żyjące stafilokoki ropne; trzy zwierzęta padły: jeden królik w 24 godzin po zabiegu i u tego zwierzęcia zmian patologicznych otrzewny nie było; 2 inne po upływie 3 i 4 dni padły na ropne zapalenie otrzewny, wreszcie jeden królik zniósł zabieg dobrze. Ropę zaś, zawierającą żyjące paciorkowce wstrzyknął autor do jamy brzusznej 5-ciu królików i 2 psów. Króliki padły; z nich 3 w 24 godzin po zabiegu: u jednego z nich w jamie brzusznej nie było wysięku, u dwu pozostałych wysięk surowiczy. Psy zniosły zabieg dobrze.

Z doświadczeń tych wynika, że na 51 zwierząt, zakażonych bakteryami ropnemi, 24 znosiły ten zabieg; część tych zwierząt chorowała jednak w ciągu pierwszych 24—48

---

[149]) Trzebicky: O operacyjnem leczeniu ostrego zapalenia otrzewny.
[150]) Reichel: l. c.
[151]) Grawitz: l. c.
[152]) Weichselbaum: l. c.
[153]) Baumgarten: Lehrbuch der pathologischen Mycologie.
[154]) Pawlowsky: l. c.
[155]) Nowack und Brautigam: l. c.
[156]) Burginsky: Ref. w Baumgartens J. B. T. VII. 1891. p. 35.
[157]) Muscatello: Sopra un caso di suppuratione prodotta dal Bacillo coli communo. Riforma medica. 1891. p. 145. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. XII., 1892., Nr. 6., p. 203.
[158]) Kraft: l. c.
[159]) Pawlowsky: l. c.
[160]) E. Fraenkel: l. c.
[161]) A. Fraenkel: l. c.

godzin. Zwierzęta te nie przyjmowały pokarmu, leżały apatycznie, oddech ich był przyspieszony. A. Fraenkel sadzi, że choroba ta nie polegała na zmianach miejscowych w otrzewnej, lecz że powstała skutkiem przejściowego, ogólnego zakażenia. Choroba trwała dopóty, dopóki fagocytoza oraz własności bakteryobójcze krwi nie pokonały bakteryj i w ten sposób nie obroniły organizmu. Autor uważa, że nawet po zupełnej resorpcyi bakteryj z jamy brzusznej może nastąpić śmierć wskutek ostrego zatrucia. Wysięki otrzewnowe z jednej strony służą bakteryom za dobrą pożywkę, z drugiej zaś sama sprawa wytwarzania się tych wysięków do pewnego stopnia chroni organizm od zakażenia, gdyż przez tę sprawę zostaje upośledzoną resorpcya. A. Fraenkel dochodzi na podstawie swoich doświadczeń do wniosku, że wbrew twierdzeniom Grawitza[162]) można przez samo działanie bakteryj chorobotwórczych, nie wprowadzając żadnych czynników, sprawiających jakąś miejscową predyspozycyę, wywołać zapalenie otrzewny o przebiegu analogicznym, jak w przypadkach, obserwowanych w klinice. Autor ten stara się potwierdzić swoje zapatrywanie obserwacyami klinicznemi, z których wynika, że w przypadkach zapalenia otrzewny pochodzenia jelitowego odgrywa poważną rolę *bacterium coli commune*, które wywołuje rozmaite formy zapalenia otrzewny, między innemi i formę ropną. Po nacięciu jelita cienkiego, które zapuszczano do jamy brzusznej, występowało ogólne zapalenie otrzewny z wybroczynami w sieci i obrzękiem śledziony; w wysięku otrzewnowym znajdywał *bacterium coli commune;* bakterya ta ma być według autora głównym czynnikiem, wywołującym sprawy zapalne w kiszce ślepej oraz jej sąsiedztwie.

A. Fraenkel wstrzykiwał do jamy brzusznej królików 4—5 cm³ hodowli *bacterii coli communis*, sterylizowanej 2 razy po godzinie w 55—60°; hodowle te nie miały żadnego działania na otrzewnę. Hodowle zaś, sterylizowane przez 1—2 godzin w 50—55°, których więc sterylizacya nie była zupełna, wywoływały chorobę o przebiegu chronicznym, kończącą się śmiercią zwierzęcia po upływie 14 dni po zabiegu.

W końcu przychodzi autor do tego samego przekonania, co i wielu jego poprzedników, że forma ropna zapalenia otrzewny jest dobrotliwa, gdyż jest wyrazem względnie słabej jadowitości bakteryj, które ją wywołały i że na wytworzenie się tej formy potrzeba dłuższego czasu, aniżeli na wytworzenie się innych, złośliwszych form zapalenia otrzewny.

Rodet i Roux[163]) wywoływali przez wstrzyknięcie 1 cm³ hodowli bulionowej *bacterii coli communis* do jamy brzusznej świnki morskiej wysięk krwotoczny, przekrwienie otrzewny, wybroczyny, złogi włóknikowe, obrzęk śledziony, ropnie wątroby, wysięk surowiczy w jamach opłucnych i osierdziu oraz obrzęk kęp Peyera.

W doświadczeniach Lesage'a i Macaigne'a[164]) świnki morskie znosiły dobrze wprowadzenie do jamy brzusznej do 1,5 cm³ hodowli bulionowej *bacterii coli communis*, wyhodowanego z normalnego kału dziecka.

Bacterium coli zaś, które wskutek jakichkolwiek wpływów nabrało własności jadowitych, wywoływało u świnek morskich zapalenie otrzewny.

Krogius[165]) wyhodował z 12 przypadków spraw zakaźnych w drogach moczowych *bacterium coli commune*, które wstrzyknięte podskórnie wywoływało ropienie. Mikroorganizm ten, wstrzyknięty do jamy brzusznej królików nie wywoływał zapalenia otrzewny; stało się to tylko w jednem doświadczeniu, w którem powstało zapalenie otrzewny surowiczo włóknikowe.

W doświadczeniach Silberschmidta[166]) po wprowadzeniu do jamy brzusznej sterylizowanego kału lub produktów bakteryjnych rozmaitych gatunków, nie występowało zapalenie otrzewny; gdy zaś do substancyj tych dodano żyjące bakterye, choćby w bardzo nieznacznej ilości, powstawało zakaźne zapalenie otrzewny.

Kruse i Pansini[167]) wstrzykiwali do jamy brzusznej psów po 3 cm³ hodowli pneumokoków o znacznej jadowitości. Psy znosiły ten zabieg zupełnie dobrze; padały zaś po podskórnem wstrzyknięciu tej samej hodowli w równej dawce.

Wertheim[168]) wywoływał u zwierząt zapalenie otrzewny przez wprowadzenie do ich jamy brzusznej gonokoków w hodowli czystej.

Walthard[169]) badał drogą doświadczalną ropne zapalenie otrzewny, występujące po operacyach ginekologicznych. W tym celu wykonywał on na królikach czasem ciężarnych nadpochwowe wycięcie macicy sposobami Schroedera i Kochera. Powierzchnia surowicza odciętej od krążenia macicy po dłuższem wystawieniu jej na działanie powietrza traciła połysk; po takich operacyach nie powstawało nigdy zapalenie otrzewny. W innym szeregu doświadczeń wstrzykiwał Walthard po zoperowaniu macicy do krwi następujące bakterye w czystej hodowli: gronowiec ropny złocisty, *bacterium coli commune* oraz bakteryę, którą wyhodował z przypadku zapalenia wola. W tych okolicznościach również nie powstawało zapalenie otrzewny; a więc przy bakteryemii samo mechaniczne uszkodzenie otrzewny nie wystarczało do powstania zapalenia tej błony. Po dokonaniu operacyi na macicy zakażał autor w innym szeregu doświadczeń pochwę przez wprowadzenie do jej światła wymienionych bakteryj. Raz jeden tylko powstało zapalenie otrzewny i to w przypadku, w którem puścił szew. Następnie po dokonaniu operacyi na macicy zakażał autor przewód pokarmowy przez wprowadzenie do jego światła zapomocą sondy żołądkowej hodowli gronowca ropnego złocistego, odznaczającego się wielką jadowitością. Występowało rozlane, ropne zapalenie otrzewny; najcięższe zaś zmiany występowały około macicy, w obrębie pola operacyjnego.

Po samem wprowadzeniu do przewodu pokarmowego 25 królików po $^{1}/_{4}$, $^{1}/_{2}$, 1, 2 i 5 cm.³ hodowli gronowca ropnego złocistego, *bacterii coli communis*, bakteryi wyhodowanej z przypadku zapalenia wola, *bacilli pyocyanei* i *bacilli acidi lactici* nigdy nie powstawało zapalenie otrzewny, nawet wówczas, gdy jadowitość tych bakteryj wzmogła się znacznie przez przeprowadzenie ich przez organizm myszy.

Autor dochodzi na podstawie swoich doświadczeń do wniosku, że same bakterye nawet po szkodliwem zadziałaniu powietrza na otrzewną, oraz wobec istniejącego uszkodzenia jej powierzchni surowiczej nie są w stanie wywołać zapalenia tej błony. Ażeby bakterye mogły wywrzeć działanie chorobotwórcze na otrzewnę, musi ona być do tego niejako przygotowaną. (Ciąg dalszy nastąpi).

Okulistyka.

B. Wicherkiewicz: Kilka słów o zaćmie wtórorzędnej i jej operacyi.

Zaćma wtórorzędna jest to zaćmienie źrenicy, powstające po wydobyciu soczewki lub jej wessaniu, bądź to w następstwie zabiegu operacyjnego, bądź też w skutek urazu a powstaje albo w skutek pozostania resztek soczewkowych w źrenicy albo bujania komórek śródbłonkowych torebki lub też w skutek złożenia wypociny zapalnej, tworzącej się, gdy po wydobyciu soczewki powstanie jakieś zapalenie jagodówki.

Zaćma wtórorzędna może być albo zwykła albo powikłana. Pierwsza jest zmianą wyłącznie torebkową bez udziału zapalenia, druga powstaje w skutek zmian zapalnych jagodówki a towarzyszą jej zawsze szerokie, tylne przyczepiny tęczówkowe. Jeśli soczewki nie wydobyto wraz z torebką

---

[162]) Grawitz: l. c.
[163]) Rodet et Roux: l. c.
[164]) Lesage et Macaigne: l. c.
[165]) Krogius: l. c.
[166]) Silberschmidt: l. c.
[167]) Kruse und Pansini: l. c.
[168]) Wertheim: l. c.
[169]) Walthard: l. c.

(sposób Paggenstechera), zaćma wtórorzędna zwykła powstanie zawsze; jest jednakże bez znaczenia dla wzroku, jeśli jest poza obrębem źrenicy. Znajdująca się w źrenicy, choćby bardzo cienka zaćma wtórorzędna może dość znacznie wzrok upośledzać, gdyż marszczy się lub grubieje, lub też osiadają na niej drobne kryształki soli, przez co światło do oka wpadające zostaje bądź rozproszone bądź też powstrzymane. Zdarza się to nader często.

Zaćma wtórorzędna powikłana powstaje zawsze w skutek cierpienia jagodówki a powstaje tem łatwiej, im więcej buja śródbłonek pozostałej torebki soczewkowej. Błona powstająca w źrenicy, przyrosła do tęczówki może dojść do takiej grubości, że wcale nie przepuści światła do oka.

Poprawić wzrok możemy w tych razach tylko za pomocą jakiejś operacyi a wybór metody zabiegu zależy jedynie od postaci zaćmy. Jednakże póki jest, chociaż najsłabszy stan zapalny, nie należy oka ruszać, lecz czekać, choćby i miesiące, póki oko zupełnie się nie uspokoi. Gdy chwila stósowna nadeszła, robi W. sposobem Weckera iridotomię (nożyczkami albo podług Alcorena nożem Graefego). Ponieważ przy tym zabiegu powstaje nieraz dość obfite wynaczynienie, należy potem robić zimne okłady lub postawić kilka pijawek na skroni, by w ten sposób przyspieszyć wessanie krwi i prędzej przekonać się o wyniku operacyi. Otwór operacyą uzyskany może się jednakże znowu zamknąć. Przyczyną tegoż jest zwykle jakieś cierpienie ogólne (kiła) i dlatego należy poddać chorego leczeniu ogólnemu.

Jeśli błona w źrenicy jest gruba i są liczne tylne przyczepmy, należy zrobić irydektomią, o ile jej już poprzednio nie zrobiono a potem starać się wydobyć błonę szczypczykami i odciąć. Gdyby ten zabieg okazał się płonnym, należy wejść do oka nożyczkami i wyciąć w błonie mały trójkąt. Do polepszenia wzroku nie trzeba koniecznie usuwać całej błony ze źrenicy; wystarczy, gdy powstanie w źrenicy czarny otwór, choćby mniejszy, niż źrenica. Gdyby do ranki operacyjnej opadła tęczówka, należy ją reponować a gdy zabieg ten się nie uda, części opadłe odciąć; tak samo odcina się opadłe ciało szklane.

Zaćmy wtórorzędne zwykłe poddaje W. dyscysyi i to nożem Knappa, wkłówając go na granicy rogówkowo-twardówkowej w promieniu rogówki, przeciwnym największej grubości błony. Nożem tym lepiej można zrobić otwór w błonce źrenicznej, niż igłą Bowmana a przytem nie wypróżnia się komórka, co u starszych ludzi jest nader ważnem, (gdyż zmiany ciśnienia śródgałkowego mogą wywołać krwotok śródoczny).

Sposób ten nazywa W. *scleronyxis anterior* i uważa go za zabieg o wiele lepszy od innych zabiegów, gdyż ranka operacyjna znajduje się już w obrębie tkanki unaczynionej, zatem trudno ulega zropieniu, dobrze się goi, nie pozwala na odpływ cieczy wodnej, nie wywołuje oczywiście plamki rogówkowej, która choć mała w przebiegu gojenia się nieprawidłowego może znacznie wzrok upośledzić i udaremnić usiłowania operatora a prócz tego, co też jest ważne, chory już w 48 godzin wyjść może z pod opieki lekarza. *(Nowiny lekarskie.* Czerwiec 1895). *Dr. Brudzewski.*

Higiena.

A. Gutzmann: **Wpływ szycia na maszynie na narząd rodny kobiety.**

Przy badaniu 356 kobiet szyjących na maszynie pokazało się, iż praca trwała u nich dziennie od 5 do 18, u 80% od 6 do 12 godzin i obejmowała okres 1 do 33 lat. Wiek wynosił od 16 do 60 lat, jednakowoż tylko 10% szwaczek przebyło już klimakteryum. Na 275 zamężnych było 71 stanu wolnego. Ze zbadania ich narządu rodnego pokazało się, iż zmiany zapalne części dodatkowych i samejże macicy są u szyjących na maszynie o wiele częstsze, niż u innych osób; toż samo tyczy się poronienia i zgięcia macicy ku tyłowi u osób, które nie rodziły, a było ich z ogólnej liczby 19·2%.

Na podstawie tego radzi autor: 1) osoby mające od 14 do 16 lat winny wykazać się świadectwem lekarskiem, iż ich rozwój cielesny pozwala na zajęcie się szyciem maszynowem; 2) dopiero w 20 roku życia wolno oddać się całkowicie szyciu na maszynie, przyczem dziennie nie wolno pracować nad 10 godzin; 3) po 1 do 2 godzinnej pracy winien następować krótki odpoczynek; 4) szycie na maszynie nie jest dozwolone: przed samą menstruacyą, podczas niej, w ciąży i w połogu (przez 6 tygodni) tudzież w chorobach narządu rodnego. *(Rozprawa inauguralna.* Berlin 1895). *R.*

Choroby dzieci.

Laubinger: **Leczenie krztuśca za pomocą podskórnych wstrzykiwań rozczynu** *chininum bimuriaticum.*

Dotychczasowe pomyślne wyniki leczenia krzuśca wewnętrznem podawaniem chininy, skłoniły L. do próbowania wstrzykiwań podskórnych tego środka w przypadkach, gdy nie znosi dziecko chininy wewnętrznie podanej. W tym celu używał on trzech rozczynów a mianowicie 10 grm. *chininum bimuriaticum* na 10 grm. wody przekroplonej lub 6 grm. na 14 grm. wody, wreszcie 5 grm. chininy na 15 grm. wody. Zastrzykiwania te wykonywano raz lub dwa razy na dzień, za pomocą zwykłej strzykawki Pravaza. W dawce trzymano się tej zasady, aby zastrzykiwać tyle decygramów, ile dziecko liczy lat, uwzględniając jednak dzieci słabsze.

Wyniki osiągnięte przez autora są bardzo zachęcające, widział on bowiem po zastrzykiwaniach niejednokrotnie poprawę już od pierwszych dni a mianowicie zmniejszenie się częstości napadów kaszlu i ich siły, ustępowanie zupełne uporczywych nawet wymiotów. Wprawdzie nie przekonano się, aby choroba trwała krócej, to jednak nawet w ciężkich przypadkach można było stwierdzić w przebiegu choroby wyraźny zwrot ku lepszemu tak, że nawet te przypadki kończyły się pomyślnie. *(Jahrbuch f. Kinderheilkunde.* XXXIX. 1895). *Dr. Raczyński.*

Hochstetter: **Leczenie krztuśca za pomocą przemywań gardła sublimatem.**

Przed kilku miesiącami ogłosił Raubitschek znakomite wyniki leczenia krztuśca osiągnięte za pomocą przemywań gardła rozczynem sublimatu. Sposób podany przez niego jest następujący: za pomocą zwykłych szczypczyków wprowadza się wacik umoczony w 1‰ roztworze sublimatu aż do korzenia języka i za pomocą odpowiednich ruchów stara się, aby płyn ten zetknął się z błoną śluzową nakrywki głośni i części otaczających; przy wyprowadzaniu wacika z gardła dotknąć należy także łuków podniebiennych i migdałków. Przemywanie w przypadkach cięższych codzienne, w lżejszych co drugi dzień już sprowadzać miało znakomitą poprawę.

Hochstetter leczył tą metodą 10 chorych na krztusiec dzieci, rezultaty jego jednakże nie były świetne; w tych bowiem 10 przypadkach widziano tylko w 2 zupełnie pomyślny wynik, t. j. zmniejszenie się liczby napadów kaszlu, w 2 leczenie pozostało zupełnie bez skutku, w 5 dostrzeżono niejaką poprawę, jeden przypadek skończył się śmiercią niezależnie od leczenia. Niejednokrotnie zmuszonym się widział H. celem osiągnięcia poprawy powtarzać przemywania dłuższy czas lub też używać rozczynu sublimatu nie 1‰, ale 2‰.

Ostatecznie sądzi H., że sposobu podanego przez R. można użyć jako dodatkowego leczenia krztuśca tem bardziej, że dzieci znoszą go dobrze, nie można go jednak uważać za środek niezawodny. *(Revue mensuelle des malad. de l'enfance* Avril 1895). *Dr. Raczyński.*

Otyatrya.

Hang (w Monachium): **Przyczynek do ocenienia przerostu kości skalistej.**

Gdy jedni uważają stwardnienie kości w ropotoku usznym za korzystne i jako wał ochronny przeciw rozszerzeniu się ropienia ku oponom i mózgowi, upatrują w niej inni

przeciwnie wielkie niebezpieczeństwo i powikłanie zgubne, życiu zagrażające. Na podstawie wyczerpującego roztrząsania tej kwestyi i badań klinicznych i anatomo-patologicznych wykazuje autor słuszność ostatniego zapatrywania, albowiem przerost kości skalistej nie zajmuje równo wszystkich części kości, tylko zwykle przeważnie część sutkową, szczególnie obwodowe jej warstwy, przez co kość tutaj staje się słoniowata, zbita, bez żadnych wolnych przestworów. W skutek tego ropa nie może sobie utorować drogi na zewnątrz, zatrzymuje się, rozpada, gnije, nadżera mniej odporne części środkowe i targnie się do jamy czaszkowej. Podobnie jak wyleczenie samodzielne przez przebicie ropy na zewnątrz, tak również pomoc chirurgiczna staje się przez to powikłanie utrudniona. Ale także rozpoznanie, dla którego w innych przypadkach zapalenia kości mamy pewne objawy, tutaj jest bardzo trudnem, gdyż przemawiają za niem zaledwie niejakie wskazówki. Za taką należy uważać przedewszystkiem długie trwanie choroby; ze spostrzeżeń bowiem wynika, że ropienie z ucha w przypadkach zgrubienia kości zawsze już trwało kilka lat. Zgęszczenie kości rozwija się tedy w skutek ciągłego drażnienia zapalenia długotrwającego, należy je zatem uważać za wytwór chronicznego ropienia.

Najczęściej znajduje się stwardnienie kości sutkowej w sprawach przewlekłego ropienia w górnym przestworze bębenkowym i u chorych w wieku między 20—40. r. życia. Ropienie bywa przytem zwykle nie bardzo obfitem, ale zawsze silnie cuchnącem i bardzo często łączy się z wytworzeniem ziarnin, względnie uklejów. Ważną wskazówkę stanowi ścieśnienie światła przewodu zewnętrznego. Bardzo często tylna ściana tego przewodu jest wypuklona, ale nie bolesna, skóra nad nią bez zmiany. Okolica sutkowa na zewnątrz również nie bywa zmienioną; za to wypukiwanie kości sutkowej wprost samym tylko palcem wydaje w przypadkach stwardnienie ton nadzwyczaj jawny, ostry i twardy; zwykle tacy chorzy skarżą się na ból głowy w okolicy skroni strony zajętej, na znużenie i t. p. Ręka w rękę idzie z tem zajęcie psychiczne, ociężałość, albo przeciwnie chorobliwa drażliwość. W sprawach dalej posuniętych objawiają się podniesienie ciepłoty ciała, drżenie ócz, zawrót optyczny, zaburzenia koordynacyjne, zrywanie się do wymiotów, objawy, które przemawiają z największem prawdopodobieństwem za ogniskiem wypocinowem ku wnętrzu czaszki pracem, którego odpływaniu na zewnątrz drogą naturalną stoi na przeszkodzie przerost kości.

Przewlekłe zaś sprawy nieżytowe ucha środkowego, zdaje się, nie zdołają sprowadzić podobnego zgęszczającego zapalenia kości, jak to wynika z innych badań autora. *(Archiv f. Ohrenheilk.* T. 37. Z. 3, 4). *Dr. Spira.*

Zapiski terapeutyczne.

97. K. Berger: O leczeniu przewlekłego zaparcia żywota wielkiemi lawatywami z oliwy (z sanatoryum Dra Kadnera w Niederlossnitz). Fleiner w Heidelbergu zalecał na podstawie własnego doświadczenia jeszcze w roku 1893. wielkie lawatywy z oliwy do leczenia tak atonicznego, jak i osobliwie spastycznego przewlekłego zaparcia żywota, ale zdaje się, iż głos jego przebrzmiał bez skutku, gdyż prócz Rosenheima i Bluma nikt w tej sprawie nic nie ogłosił.

Wobec ważności sprawy ze stanowiska tak lekarza jak i pacyentów, wobec tego, że w chronicznem zaparciu żywota, osobliwie formie jego spastycznej nie mamy środków trwale skutecznych, postanowił autor iść za radą Fleinera i użył w 41 przypadkach wielkich lawatyw z oliwy. Z tych 41 przypadków należało 19 do formy spastycznej, 10 do formy atonicznej a 12 do mieszanej. Odjąwszy 3 przypadki, w których obserwacya trwała za krótko, pozostaje się 38 przypadków, z których 34 wyleczono stale, otrzymano więc skutak, którego nie można było uzyskać żadnym z innych, dotychczas używanych sposobów terapeutycznych.

Pod względem technicznym poszedł autor przeważnie za Fleinerem i w ułożeniu chorego na łokciach i kolanach w celu otrzymania w żywocie ciśnienia ujemnego wpuszczał do jelit u mężczyzn po 500, u kobiet po 400 cm.^{3} czystej chemicznie oliwy (z fabryki Gehego i Spółki), ogrzanej do temperatury ciała a wpuszczał powoli (przez 20 do 30 minut) za pomocą zwykłego irygatora z nasadką kształtu oliwki z wysokości około 50 cm. Po tej operacyi leży chory z podniesioną miednicą przez kwadrans na lewym a następnie również przez kwadrans na prawym boku. Później może chory zająć jakąkolwiek pozycyą, ale, by uniknąć powalania odzieży oliwą, pozostaje w łóżku z podkładem nieprzemakalnym aż do skutku.

Wszyscy chorzy czują dostawanie się oliwy do okrężnicy poprzecznej *(colon transversum)* a niektórzy nawet do okrężnicy wstępującej *(colon ascendens)*. Skutek po lawatywie z oliwy występował zwykle w 4 do 5 godzin. Stolec bywał albo taki jak zwykle przedtem, albo wolny; niekiedy nie było go całkiem a wtedy lawatywa z wody wystarczała do jego wywołania. Właściwe działanie oliwy objawiało się zwyczajnie dopiero dnia następnego w postaci dwóch lub trzech wypróżnień, zwykle wolnych, zawierających często wolną żółć.

Wydzielanie się oliwy ze stolcami trwało zwykle 5 do 6, niekiedy 10 dni, przyczem wypróżnienie samo było prawidłowe i następowało samodzielnie ku wielkiej pociesze chorych, osobliwie hipochondrów i neurasteników.

Z drugą lawatywą z oliwy czekał autor aż do czasu, w którym nie było samodzielnego wypróżnienia, a w takim razie dawał następnego dnia znów lawatywę z oliwy. W ten sposób mijało zwykle 10 do 21 dni bez potrzeby nowej lawatywy, co ze stanowiska ekonomicznego zasługuje na uwagę. Po jednej lub dwu lawatywach z oliwy przewód pokarmowy, wypróżniał się miesiącami prawidłowo, t. j. samodzielnie, oczywiście przy odpowiedniej dyecie a pojąć łatwo, jak pożądanym jest taki skutek ze względu nawet na stan ogólny.

Fleiner zaleca lawatywy z oliwy także i w zapaleniach jelit, mianowicie grubych, autor nie wydaje jednak o tem żadnego zdania z braku własnego doświadczenia.

Lawatywy z oliwy nadają się bardzo do użycia praktycznego dla pewności skutku, łagodności działania i oszczędzania żołądka; są zatem prawdziwem wzbogaceniem arsenału leczniczego w chorobach przewodu pokarmowego. *(Deutsche med. Wochenschrift.* 25. Lipca 1895).

98. Eulenburg: Zbiorowa statystyka leczenia błonicy (z Towarzystwa dla medycyny wewnętrznej w Berlinie). Autor zdaje sprawę z badania zbiorowego nad leczeniem błonicy, dokonanego z inicyatywy redakcyi *Deutsche medic. Wochenschrift.* Statystyka ta obejmuje czas od 1. Października 1894. do 31. Marca 1895. i materyał pochodzący nie tyle ze szpitali, ile z praktyki prywatnej, z rozmaitych miejsc i rozmaitych warstw ludności. Mianowicie leczono 5790 chorych surowicą swoistą; z nich zmarło 552 $= 9{\cdot}5\%$; 4450 chorych bez surowicy swoistej, z nich zmarło $652 = 14{\cdot}7\%$, razem więc 10240 chorych, z których zmarło $1204 = 11{\cdot}7\%$.

W szczególności leczono chorych od 1—2. roku życia ze śmiertelnością przy użyciu surowicy $21{\cdot}7\%$, bez surowicy $39{\cdot}5\%$; od 2—10. roku życia ze śmiertelnością przy użyciu surowicy $8{\cdot}8\%$, bez surowicy $15{\cdot}2\%$; nad 10 lat życia ze śmiertelnością przy użyciu surowicy $4{\cdot}1\%$, bez surowicy $3{\cdot}8\%$.

Śmiertelność w przypadkach leczonych surowicą od 1. lub 2. dnia choroby wynosiła $4{\cdot}2\%$, w przypadkach zaś, w których leczenie tym środkiem rozpoczęło się później, $16{\cdot}8\%$. *(Berliner klin. Wochenschrift* 22. Lipca 1895).

V. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 1. Sierpnia 1895 r.

— Na Walnem Zgromadzeniu Towarzystwa lek. gal. odbytem we Lwowie dnia 6. Lipca 1895 r. zostali wybrani do Rady Zawiadowczej: prezesem Dr. Józef Merunowicz, wiceprezesem Dr. Zdzisław Lachowicz, skarbnikiem Dr. Edward Festenburg, podsekretarzem Dr. Edward Mukowicz, członkami rady Dr. Karol Smutny i Dr. Grzegorz Ziembicki, sekretarzem jeneralnym Dr. Michał Świątkiewicz. Delegatami Towarzystwa lekarskiego krakowskiego do Rady Zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galic. są koledzy Drowie Władysław Bylicki i Hilary Schramm.

Wszelkie przesyłki pieniężne przeznaczone do kasy Towarzystwa lekarskiego galic. należy odtąd posyłać na ręce Dra Edwarda Festenburga (Lwów, ul. Dominikańska l. 11), inne pisma do rąk prezesa Dra Józefa Merunowicza lub do sekretarza jeneralnego Dra Michała Świątkiewicza (Lwów, ul. Grodzickich l. 1).

Lwów dnia 18. Lipca 1895.

Dr. Świątkiewicz — *Sekretarz jeneralny Tow. lek. galic.*

Dr. Merunowicz — *Prezes.*

— Nadesłano nam z prowincyi wycinek z dziennika wychodzącego w małem mieście a opisujący jaskrawo rozwielmożnienie się tamże partactwa lekarskiego. Spodziewamy się, że w interesie tak ustawy i stanu lekarskiego, jak i cierpiącej ludzkości czynniki właściwe zbadają prawdziwość podanych drukiem do ogólnej wiadomości szczegółów i położą kres praktyce lekarskiej osoby do niej nieuprawnionej, sądzimy wszakże, iż koledzy na miejscu przebywający powinni sami dopomódz władzy do powstrzymania nadużycia.

— Najnowszy (30) numer *Centralblatt für Chirurgie* zawiera na swym czele pracę Dra L. Kryńskiego w Krakowie: *O wpływie ropienia aseptycznego wywołanego sztucznie na przebieg nowotworów złośliwych*, ogłoszoną niedawno w *Przeglądzie lekarskim*.

— Według wykazu sporządzonego z polecenia ministra robót publicznych, ma Francya obecnie używanych źródeł mineralnych 1044, między którymi jest 358 alkalicznych, 318 siarczanych, 219 słonych a 149 żelezistych. Najbogatszym w zdroje mineralne jest departament Puy-de-Dôme, liczy ich bowiem 96. W 23 departamentach nie ma żadnych zdrojów leczniczych. Zdrojów używa do kąpieli lub picia rocznie 600000 osób.

— Po raz pierwszy w roku 1897. przyjdzie z fundacyi t. zw. Parkesa, założonej przez niemieckiego lekarza w Londynie, Dra Hermana Webera do wypłaty nagroda konkursowa wynosząca koło 3000 marek i medal bronzowy za najlepszą pracę napisaną na temat: *Środki profilaktyczne lub terapeutyczne przeciw gruźlicy, mianowicie u człowieka*. Prace konkursowe muszą opierać się na własnych badaniach i spostrzeżeniach autora, tudzież mieścić w sobie dokładny opis użytych metod. Rękopisy muszą być sporządzone za pomocą maszyny do pisania i w języku angielskim lub przynajmniej musi być do nich dołączone tłómaczenie angielskie. Sędziami prac na konkurs nadesłać się mających są J. E. Pollock, Thorne Thorne i W. S. Greenfield.

— W dniu 7. b. m. odsłoniętą będzie w szpitalu Lungegaard w Bergen w Norwegii tablica poświęcona pamięci słynnego lekarza norweskiego Danielssena, zasłużonego na polu badania trądu.

— Wiedeńskie Towarzystwo psychiatryczno-neurologiczne odbędzie swe ogólne zgromadzenie w roku bieżącym w Pradze 4. i 5. Października. Z wykładami i demonstracyami z zakresu psychiatryi, neurologii i psychiatryi sądowej należy zgłaszać się do 8. Września do profesorów Krafft-Ebinga lub Obersteinera w Wiedniu albo Picka w Pradze. Szczegółowy program wyjdzie z druku w połowie Września.

— Na posiedzenia ogólne zjazdu niemieckich przyrodników i lekarzy odbyć się mającego w roku bieżącym w Lubece między 16. a 21. Września zapowiedzieli z zakresu nauk lekarskich odczyty: G. Klebs z Bazylei: Kilka zagadnień z fizyologii płodzenia; Behring: W sprawie surowicy leczniczej; Riedel: O operacyach chirurgicznych w mózgu. W sekcyach lekarskich liczba zapowiedzianych odczytów nie zbyt znaczna; natomiast zaszła ta zmiana, iż wiele tematów poddanych będzie dyskusyi na posiedzeniach kilku połączonych sekcyj. Tak n. p. z obecnego stanu terapii błonicy zdawać mają sprawę Heubner i Soltmann w połączonych sekcyach pedyatrycznej, chorób wewnętrznych, chirurgicznej i oftalmiatrycznej; o chorobie Basedowa mówić będą Martius i Berlin na posiedzeniu wspólnem sekcyj chorób wewnętrznych, chirurgicznej i oftalmiatrycznej. Sekcya okulistyczna, w której zapowiedziano dotychczas tylko dwa odczyty, weźmie udział wspólnie z innemi sekcyami w dyskusyi nad 11 tematami. W ten sposób zbliżą się na zjeździe do siebie rozmaite sekcye, co może wypaść tylko na dobro nauki.

— **Miejsce dla lekarza** w Sosnowicy w gubernii lubelskiej. Bliższej wiadomości udzieli P. J. Zawadzki, aptekarz miejscowy przez Zamołodycze w Sosnowicy.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Montpellier profesor anatomii patologicznej, **Kiener**. — W Budapeszcie Dr. **A. Takacs**, docent neuropatologii. — W Tybindze Dr. **Nagel**, profesor okulistyki. — W Cieplicach trenczyńskich na Węgrzech Dr. **Sebastyan Ventura**, przez lat 40 tamtejszy lekarz kąpielowy i koło rozwoju tego zdrojowiska bardzo zasłużony.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 30. Z. Kramsztyk: Władysław Matlakowski, życiorys. R. Jasiński: Władysław Matlakowski jako chirurg. A. Ciechomski: Władysław Matlakowski jako ordynator szpitalny. S. Witkiewicz: Matlakowski i sztuka ludowa. — W *Kronice lekarskiej*, Zeszycie 8-mym, M. Warszawski: Obecnie panujące poglądy na powstawanie torbieli w pochwie i na przebieg kanałów Gaertnera. — W *Medycynie* Nrze 30. B. Motz: O cięciu nadłonowem i wytworzeniu przetoki u chorych dotkniętych chorobami pęcherza (dokończenie). L. Rydygier: O leczeniu wgłobień jelitowych (dokończenie). — W *Przewodniku higienicznym*, Zeszycie lipcowym, S. Alberti: Sprawozdanie chemika miejskiego krakowskiego z czynności w r. 1894. Ciechanowski: O odwietrzaniu odchodów. Obtułowicz: Kilka słów o dobroci krowianki krajowej.

Sprostowanie. W Nrze 30. *Przeglądu lekarskiego* w art. Dra Jeża na str. 450, szpalta II., wiersz 11. z góry zamiast: neutrofilnych 65%, powinno być: neutrofilnych 68% i na str. 451, w rubryce leukocytów w 1 mm.³ wiersz 5. od dołu zamiast: 160000, ma być: 16000.

Od administracyi.

Wny Dr. *M. N. w B.* gub. Lubelska. Prenumerata zalega za rok bieżący (6 rs.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza